

De Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB): een zelfbeoordelingslijst om sociale steun te meten

Rien van Dam-Baggen¹ en Floor Kraaimaat²

Inleiding

De laatste jaren is de belangstelling voor sociale steun en zijn relatie met geestelijke en lichamelijke gezondheid aanzienlijk toegenomen. Dit komt naar voren zowel in het onderzoek als in het aantal behandelings- en interventieprogramma's waarin sociale steun als therapeutisch hulpmiddel gehanteerd wordt. Het belang van sociale steun heeft relevantie voor de klinische praktijk omdat het de wisselwerking tussen patiënt en sociale omgeving definieert: het verwijst naar de hulpbronnen waarmee mensen elkaar kunnen steunen of tegenwerken. Ook in het kader van de zelfregulatie, het onafhankelijk maken van de patiënt van de behandelbaar/behandeling, is sociale steun belangrijk.

Bij de definities van sociale steun lag aanvankelijk het accent op een statische eenzijdige opvatting (bijvoorbeeld Caplan, 1974; Cobb, 1976), terwijl later een meer dynamische visie wordt voorgestaan met nadruk op de wederzijdse uitwisseling van hulpbronnen (o.a. House, 1981; Shumaker & Brownell, 1984; Jung, 1990) als objecten, condities, karaktereigenschappen en potenties (Hobfoll & Stokes, 1988). House (1981) onderscheidt dan ook emotionele steun, waarderingssteun, instrumentele of praktische steun en informatiesteun. Welke vorm van steun het meest effectief is, is in hoge mate afhankelijk van de specifieke problematiek (Defares & De Soomer, 1988) en varieert in kwantiteit en kwaliteit met sekse, leeftijd, sociaal-economische klasse en culturele achtergrond (o.a. Argyle, 1985; Cohen & Wills, 1985; Van Dam-Baggen, Huiskes & Kraaimaat, 1990; Hobfoll & Stokes, 1988; Shumaker & Hill, 1991). In de literatuur wordt de meeste aandacht besteed aan *emotionele* steun en de positieve effecten ervan op geestelijke en lichamelijke gezondheid (o.a. Alloway &

¹ Vakgroep Psychiatrie, RUU/AZU, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

² Vakgroep Klinische Psychologie, UvA, Amsterdam.

Babbington, 1987; Cohen, 1988; Cohen & Willis, 1985; Schradle & Dougher, 1985; Schrammeijer, 1990; Turner, 1983). Inmiddels is er ook aandacht voor de negatieve aspecten van sociale steun (o.a. Winnubst, Marcelissen & Kleber, 1982; Buunk, Van Yperen & Janssen, 1988) en wordt er een onderscheid gemaakt tussen ondersteunde en werkelijk beschikbare steun (o.a. Cohen & Hoberman, 1983; Garssen et al., 1985). Wat de directe en mediërende effecten van sociale steun zijn en welke psychologische mechanismen deze werking verklaren, is nog weinig systematisch onderzocht. Voor een deel is dit ook terug te voeren op de grote variëteit aan indices voor sociale steun. Zo werden met name in epidemiologisch onderzoek sociaal netwerk en sociale steun als synoniemen gezien. In de recentere meer dynamische opvattingen wordt het sociaal netwerk gezien als een van de voorwaarden voor het kunnen geven en verwerven van sociale steun en worden beide begrippen expliciet onderscheiden. Duidelijk zal zijn dat het onderzoek naar sociale steun gebaat is bij verdere conceptbepaling en de ontwikkeling van psychometrisch vrijde instrumenten (Cohen & Syme, 1985; House & Kahn, 1985).

In dit artikel doen wij verslag van de psychometrische kwaliteiten van een door ons ontwikkelde vragenlijst voor het meten van sociale steun, namelijk de Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB; Van Dam-Baggen, Huiskes & Kraaimaat, 1986). De ISB werd in eerste instantie ontwikkeld voor onderzoeksdoeleinden, maar kan ook heel goed gebruikt worden in de klinische praktijk (Van Dam-Baggen, 1989). We stelden als eis aan de ISB dat de nadruk zou liggen op de inventarisatie van zowel de wederzijdse aanwezigheid als het wederzijds ervaren van steun. De lijst was niet bedoeld om de sociale vaardigheid 'het kunnen vragen van steun' te meten. Behalve het delen van negatieve gevoelens, moest ook het delen van positieve gevoelens een plaats krijgen. Tevens stelden we als eis dat de ISB kort moest zijn.³ De ISB bevat drie vragen over het sociale netwerk en elf op volgorde gerandomiseerde items over sociale steun die met behulp van een 4-puntsschaalje worden gescoord op frequentie van voorkomen (1=bijna nooit, 2=soms, 3=noagal eens en 4=vaak). In de Appendix worden de items van de ISB weergegeven.

In het hiernavolgende presenteren we de resultaten van het psychometrisch onderzoek van de ISB en zullen we op grond hiervan de betekenis bespreken van de ISB voor de gedragstherapeutische praktijk.

³ Items uit de Vragenlijst Sociale Contacten (Garssen et al., 1986) die aan deze voorwaarden voldeden, werden in de ISB opgenomen.

Methode

Proefpersonen

Het psychometrisch onderzoek van de ISB werd uitgevoerd bij een groep van 892 'normale' of gezonde personen (398 mannen en 494 vrouwen; gemiddelde leeftijd 36,5 en SD 13,6 jaar). Deze groep maakte deel uit van een gestratificeerde proefgroep van 3000 inwoners van de stad Utrecht die aan een bevolkingsonderzoek van de GG&GD deelnamen in de periode 1986/1987 (Goris et al., 1988).⁴ In dit onderzoek werd de fysieke en geestelijke gezondheid geïnventariseerd met behulp van interviews, laboratoriumtests en zelfbeoordelingslijsten. De vragenlijsten waarin opgenomen de sociale-steunitems van de ISB, werden aan het eind van het interview uitgereikt aan personen tussen 18 en 65 jaar die de Nederlandse nationaliteit hadden. 1119 proefpersonen (80%) vullen de vragenlijsten thuis in en stuurden deze per antwoordenvolop terug. Proefpersonen met onvolledig ingevulde vragenlijsten (N=227) werden uit het onderzoek verwijderd.

Omdat uit de literatuur naar voren komt dat sociale steun verschillend samenhangt met psychologische en lichamelijke klachten (o.a. Cohen & Hoberman, 1983) namen we als contrastgroep een groep gezonde personen een groep met overwegend lichamelijke en een groep met overwegend psychische klachten op, namelijk:

- een groep personen met een chronische lichamelijke ziekte t.w. 362 patiënten met reumatoïde artritis (124 mannen en 238 vrouwen; gemiddelde leeftijd 60,2 en SD 13,6 jaar). Deze patiënten uit de regio Utrecht namen deel aan een onderzoek van de Afdelingen Psychiatrie en Reumatologie, Academisch Ziekenhuis Utrecht.⁵ In het kader van dit onderzoek vullen ze de IRGL (Huiskes, Kraaimaat & Bijlsma, 1991) in, waarvan de ISB een onderdeel is. De hoge gemiddelde leeftijd van deze groep is typerend voor de populatie RA-patiënten;

- een groep personen met psychische klachten t.w. 132 psychiatrische patiënten (49 mannen en 83 vrouwen; gemiddelde leeftijd 31,1 en SD 9,7 jaar). Deze groep bestond uit klinische, poliklinische en dagklinische patiënten van de Afdeling Psychiatrie

⁴ Met dank aan dr. J.M.V. Oomen, Afdeling Epidemiologie van de GG&GD Utrecht, voor de medewerking bij het verzamelen van het hier gepresenteerde onderzoeksmateriaal van de gezonde proefpersonen.

⁵ Met dank aan drs. C.J.A.E. Huiskes, Afdeling Psychiatrie RUU/AZU Utrecht, voor het afstaan van het onderzoeksmateriaal van de patiënten met reumatoïde artritis.

trie, Academisch Ziekenhuis Utrecht, die de ISB invulden als onderdeel van een probleeminventarisatie voor gedragstherapeutische behandeling.

In tabel 1 zijn de demografische gegevens weergegeven van de drie groepen. De frequentie-verdelingen van de RA-patiënten verschillen significant van die van de normalen in sekse ($\chi^2=45,1, p<0,001$), opleiding ($\chi^2=142,0, p<0,001$) en leeftijd ($t=-27,9, p<0,001$). Verschillen tussen psychiatrische patiënten en normalen werden gevonden in opleiding ($\chi^2=29,0, p<0,001$) en leeftijd ($t=-5,7, p<0,001$).

Tabel 1. Demografische gegevens van de groepen.

Groep	sekse		leeftijd					opleiding*				
	man	vrouw	gem.	SD	1	2	3	4	5			
1. Normalen	398	494	36,5	13,6	95	223	226	177	167	4		
2. RA-patiënten	124	238	60,2	13,6	114	101	66	36	5	20		
3. Psychiatrische patiënten	49	83	31,1	9,7	10	53	29	35	5	0		

* 1: BLO en LO; 2: LTS, VGLO, LHNO, MAVO en LBO; 3: MULO (A, B en wiskunde), MBO en HAVO; 4: VWO en HBO; 5: Universitair doctoraal.

Metingen

Naast de ISB werden bij alle groepen gegevens verzameld over met sociale steun verwante en niet-verwante aspecten ter validering en afbakening van het begrip. Dit waren:

- *sociale steun*. Bij de groep normalen werden in een gestandaardiseerd interview gegevens verzameld over de volgende met sociale steun verwante aspecten: *ontvangen mantelzorg* en *gebruik van formele zorg*. Ontvangen mantelzorg omvat de hoeveelheid zorg die men krijgt van bekenden en familie op niet-professionele basis voor lichamelijke respectievelijk psychische problemen. Het gebruik van formele zorg betreft het aantal instanties waar om hulp is gevraagd voor lichamelijke respectievelijk psychische problemen;
- *sociaal netwerk*. Bij alle groepen werden gegevens verzameld over meer objectieve aspecten van de sociale omgeving zoals het sociaal netwerk. Hiertoe werd bij de normalen met behulp van een zelfbeoordelingsschaal de *deelname aan verenigingen/clubs* (4-punts Likertschaal van 1=zeiden tot 4=vaak) geïn-

ventariseerd en in een gestandaardiseerd interview het aantal gesprekken met anderen per week gevraagd te schatten. Bij de beide patiëntengroepen werden met behulp van de ISB twee aspecten van het sociaal netwerk geïnventariseerd, namelijk het aantal buren dat men wederzijds bezoekt en het aantal goede vrienden dat men heeft, of, met andere woorden, het aantal mensen bij wie men zich op zijn gemak voelt en met wie men vertrouwelijk kan praten. Doordat bij de normalen de ISB niet integraal in het onderzoek kon worden opgenomen, zijn deze beide laatste netwerkmaten helaas niet beschikbaar voor deze groep.

- *psychoneuroticisme en sociale angst/vaardigheden*. Behalve de ISB werden bij alle groepen ook andere zelfbeoordelingslijsten afgenomen. Voor ons valideringsonderzoek zijn hiervan vooral van belang de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1981) als maat voor psychisch welbevinden die bij alle groepen werd gebruikt, en de IOA (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986; 1987b) voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden die door de psychiatrische patiënten werd ingevuld.

Resultaten

Met behulp van factoranalyse werd nagegaan uit welke componenten het construct sociale steun bestaat. Door middel van principale-componentenanalyse werden bij de gegevens van de normalen factoren geëxtraheerd met een eigen waarde groter dan 1, die na Kaiser-normalisatie volgens de Varimax-methode werden geroteerd (Nie et al., 1975). Bij de beoordeling van de gerooteerde factoren zijn de volgende criteria gehanteerd: een item moet hoger dan 0,40 laden op een factor en lager dan 0,40 op een andere factor. De factoranalyse leverde drie factoren op die samen 67,8% van de variantie verklaren. De items die hoog laden op factor 1 (42,4% van de variantie) representeren 'de mogelijkheid zien om met iemand lief en leed te delen', 'potentiële emotionele betrokkenheid genoemd. De items in factor 2 (15,0% van de variantie) hebben betrekking op 'over en weer vertrouwelijk met elkaar omgaan' oftewel feitelijke vertrouwelijkheid, terwijl de items in factor 3 (10,5% van de variantie) 'het over en weer bezoeken van familie en vrienden' representeren. In tabel 2 worden de items per factor weergegeven met hun factorloadingen tussen haakjes. Daar item 7 zowel hoog laadt op factor 1 (0,51) als op factor 2 (0,53) werd dit item niet in de subschalen opgenomen.

Tabel 2. Factoren van de ISB.

	items (factorladingen tussen haakjes)
Potentiele emotionele betrokkenheid	4 (0,79), 5 (0,76), 6 (0,84), 10 (0,85) en 11 (0,63)
Feitelijke vrouwelijkheid	1 (0,67), 2 (0,85) en 9 (0,83)
Wederzijds bezoek	3 (0,84) en 8 (0,82)

Constructvaliditeit

Structuur van sociale steun

Om na te gaan of de groepering van de ISB-items van de gezonde personen overeenkomt met die van de patiëntengroepen, d.w.z. of sociale steun bij deze drie groepen uit dezelfde aspecten bestaat, vergeleken we de factoranalytische structuren van de patiëntengroepen met die van de normalen met behulp van de methode van Simultane Componenten Analyse (SCA; Millisap & Meredith, 1988; Kiers & Ten Berge, 1989; Kiers, 1990; Ten Berge & Kiers, 1990). Deze methode berekent net als bij de Principale Componenten Analyse (PCA) componenten als gewogen som-scores van de variabelen. Het bijzondere van SCA is dat voor alle groepen precies dezelfde gewichten worden gebruikt om componenten uit de variabelen te berekenen, zodat de componenten in alle groepen exact dezelfde constructen meten. De componentgewichten van de patiëntengroepen werden met behulp van de 'Simple Weights Procedure' uit het SCA-programma aangepast aan die van de normalen om na te gaan hoe optimaal de componenten van de gezonde personen de variabelen van de patiëntengroepen beschrijven. Bij vergelijking van de verklaarde variantie bij SCA met die na afzonderlijke PCA's bleek dit slechts een gering verlies aan verklaarde variantie te betekenen (norma-len 67,2% na PCA en 66,0% na SCA; RA-patiënten 65,0% na PCA en 61,7% na SCA; psychiatrische patiënten 69,5% na PCA en 63,6% na SCA). Hieruit blijkt dat met op dezelfde manier gedefinieerde componenten in alle groepen ongeveer evenveel variantie te verklaren is als met PCA. De vraag die zich nu voordoet is of de componenten zich ook hetzelfde gedragen, met andere woorden: hebben ze in alle groepen ongeveer proportionele ladingen? Als dat zo is, levert dat een extra grond voor het geven van dezelfde interpretatie aan de componenten in de beide patiëntengroepen als in de gezonde groep. Hiertoe vergeleken we de ladingen per component met Tucker's congruentiecoëfficiënt die de overeenstemming tussen de ladingen op dezelfde component in twee groepen meet. De Tucker's phi's van de normalen

vergeleken met de RA-patiënten waren respectievelijk 0,99, 0,99 en 0,98 en van de normalen met de psychiatrische patiënten respectievelijk 0,99, 0,97 en 0,95. Dit betekent dus dat de structuren van de respectievelijke patiëntengroepen min of meer gelijk zijn aan die van de gezonde groep.

Interne consistentie

Om de homogeniteit van de subschalen van de ISB na te gaan werden bij alle groepen Cronbach's alfa-coëfficiënten berekend voor de afzonderlijke factoren. De respectievelijke alfa's zijn weergegeven in tabel 3. Voor de gezonde proefpersonen voldoen de alfa's aan de eisen voor interne consistentie, zeker als we daarbij in aanmerking nemen dat factor 3 maar twee items bevat. Op grond hiervan besluiten we met drie subschalen verder te werken die elk een aspect van sociale steun lijken te representeren. De Cronbach's alfa's zien er voor de groepen niet-gezonde proefpersonen minder goed uit wat de subschalen feitelijke betrokkenheid en wederzijds bezoek betreft. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat deze aspecten van sociale steun een wat andere betekenis hebben bij verschillende populaties. Om na te gaan welke items bij deze groepen eventueel minder samenhangen met hun respectievelijke subschaal, berekenen we de correlaties tussen de items en de restscore van de betreffende subschaal. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de spreiding van de gecorrigeerde item/resttotaal-correlaties van de subschalen. Bij de patiëntengroepen zijn vrijwel alle item/resttotaal-correlaties van de items met de respectievelijke subschalen significant. Echter item 1 (Ik praat vrouwelijk met anderen) draagt bij de patiëntengroepen in veel geringere mate bij tot de subschaal feitelijke vrouwelijkheid (RA-patiënten 0,23 en psychiatrische patiënten 0,08) dan bij de gezonde groep (0,57). Kennelijk krijgt dit item bij 'ziekte' een andere betekenis dan bij gezondheid.

Tabel 3. Alfa-coëfficiënten en range van de gecorrigeerde item/totaal-correlaties per subschaal.

	norma-len		RA-patiënten		psychiatrische patiënten	
	alfa	item/rest	alfa	item/rest	alfa	item/rest
Potentiele emotionele betrokkenheid	0,87	0,55 - 0,77	0,88	0,53 - 0,80	0,86	0,55 - 0,77
Feitelijke vrouwelijkheid	0,75	0,57 - 0,61	0,66	0,23 - 0,64	0,55	0,08 - 0,54
Wederzijds bezoek	0,72	0,60	0,52	0,40	0,67	0,50

Om na te gaan of we met relatief onafhankelijke subschalen te maken hebben, gingen we bij alle groepen tevens de samenhangen na tussen de subschalen onderling. De produkt-moment-correlaties worden weergegeven in tabel 4. De samenhangen tussen de subschalen onderling zijn bij de gezonde proefpersonen significant, maar niet erg hoog. Aannemelijk is dat de drie subschalen potentiële emotionele betrokkenheid, feitelijke vertrouwelijkheid en wederzijds bezoek enigszins verschillende aspecten van sociale betrokkenheid representeren. De onderlinge relaties tussen de subschalen van de patiëntengroepen lijken qua patroon op die van de gezonde personen, met dien verstande dat bij de patiënten met psychische klachten zelfs iets hogere samenhangen gevonden worden. Hiermee wordt bevestigd dat er sprake is van drie aspecten van hetzelfde domein.

Convergente en divergente validiteit

Om het begrip sociale steun te valideren en af te bakenen van andere begrippen werd de samenhang van de subschalen van de ISB met aan sociale steun verwante en niet-verwante aspecten nagegaan. Tevens werden de relaties met de demografische variabelen onderzocht.

Ter validering van het construct sociale steun gingen we de samenhang na met verwante operationaliseringen als *ontvangen mantelzorg* en *gebruik van formele zorg*, beide gesplitst naar zorg voor lichamelijke respectievelijk psychische problemen. In tabel 5 worden de samenhangen tussen de subschalen van de ISB en deze maten weergegeven. Naar voren komt dat sociale betrokkenheid zoals geoperationaliseerd met de eerste subschalen van de ISB, vooral samenhangt met de informatie zorg bij psychische problematiek. De geformaliseerde hulpverlening hangt met de tweede subschaal samen voor zover het worden aangeteekend dat de samenhang met de geformaliseerde hulpverlening weliswaar significant is, doch nog geen 1% van de variantie verklaart. In overeenstemming met de literatuur (o.a. Cohen & Wills, 1985), blijkt ook onze operationalisering van het begrip sociale steun te verwijzen naar de beschikbaarheid en het gebruik van de emotionele hulpbronnen van de sociale omgeving in het geval van psychische klachten en minder bij lichamelijke klachten. Dat kennelijk niet de lichamelijke zorg wordt gerepresenteerd zou echter ook nog samen kunnen hangen met het feit dat de ISB slechts één item op dat gebied bevat (namelijk item 6 omtrent pijn).

In de literatuur werden sociaal netwerk en sociale steun aan-

Tabel 4. Correlaties tussen de subschalen van de ISB

	RA-patiënten			normaalen		
	wederzijds bezoek	feitelijke vertrouw- lijkheid	potentiële emotionele betrokkenheid	wederzijds bezoek	feitelijke vertrouw- lijkheid	potentiële emotionele betrokkenheid
psychiatrische patiënten						
wederzijds bezoek		0,46**	0,48**			
feitelijke vertrouw- lijkheid	0,46**		0,28**			
potentiële emotionele betrokkenheid	0,45**	0,46**	0,28**	0,40**		
normaalen						
wederzijds bezoek						
feitelijke vertrouw- lijkheid						
potentiële emotionele betrokkenheid				0,46**	0,38**	0,40**
Feitelijke vertrouwelijkheid				0,46**		
Potentiële emotionele betrokkenheid				0,38**	0,46**	

** p<0,001

Tabel 5. PM-correlaties met verwante steunmaten en sociaal-netwerkmaten bij de normaalen

	mantelzorg			formele zorg			de- cluse clubs			aantal gesprekjes		
	potentiële emotionele betrokkenheid	feitelijke vertrouwelijkheid	bezoek	potentiële emotionele betrokkenheid	feitelijke vertrouwelijkheid	bezoek	potentiële emotionele betrokkenheid	feitelijke vertrouwelijkheid	bezoek	potentiële emotionele betrokkenheid	feitelijke vertrouwelijkheid	bezoek
normaalen												
potentiële emotionele betrokkenheid												
feitelijke vertrouwelijkheid												
bezoek												
potentiële emotionele betrokkenheid	0,02	0,11*	0,06	0,04	-0,05	-0,04	0,07	0,13**	0,16**	0,08	0,14**	0,05
feitelijke vertrouwelijkheid	0,07	0,29**	0,06	-0,01	0,09*	-0,04	0,01	0,13**	0,16**	0,08	0,14**	0,05
bezoek	0,01	0,11*	0,06	0,04	-0,05	-0,04	0,01	0,13**	0,16**	0,08	0,14**	0,05

** p<0,01

vankelijk gezien als synoniemen, terwijl men recenter het netwerk ziet als een voorwaarde voor de uitwisseling van sociale steun (Hall & Wellman, 1980). Matige samenhangen tussen netwerkvariabelen en steun betekenen enige bijdrage voor de validiteit van de ISB. Bij de normalen werden de *deelname aan verengingen* en het *aantal informele gesprekken* dat men per week schat te voeren geïnventariseerd. De samenhangen tussen deze maten en de ISB-schalen worden eveneens weergegeven in tabel 5. Hoewel de samenhangen tussen de ISB-subschalen en de sociaal-netwerkmaten deels significant zijn, zijn ze tamelijk laag en verklaren ze weinig variantie. In deze relaties vinden we steun voor de veronderstelling dat emotionele sociale steun, zoals gemeten met de ISB, een ander aspect van de sociale omgeving representeert dan het sociaal netwerk.

Ook bij de patiëntengroepen werd een aantal sociaal-netwerkmaten geïnventariseerd; in de ISB wordt namelijk het *aantal mensen in de buurt* dat men wederzijds bezoekt en het *aantal goede vrienden* waarmee men vertrouwelijk kan praten geïnventariseerd (zie de ISB in de Appendix voor de precieze formulering van de items). De samenhangen tussen deze maten en de ISB-subschalen worden voor beide groepen weergegeven in tabel 6. Uit deze tabel komt naar voren dat de samenhang tussen sociaal netwerk en sociale steun in het algemeen hoger is bij de ISB-netwerkmaten dan bij de met een interview verzamelde netwerkgegevens (zie tabel 5). Niet duidelijk is of dit met de groep dan wel met de wijze van meten te maken heeft. Het feit dat de netwerkmaten 'buren' en 'vrienden' over het algemeen significant doch niet erg hoog correleren met de drie subschalen van de ISB kan gezien worden als een ondersteuning voor de validiteit van de ISB. Opvallend is dat de samenhangen tussen de subschalen en respectievelijk 'buren' en 'vrienden' bij beide groepen

Tabel 6. PM-correlaties tussen de ISB en sociaal-netwerkmaten bij de patiëntengroepen.

	RA-patiënten			psychiatrische patiënten		
	vrienden	buren	vrienden	buren	vrienden	
Potentiële emotionele betrokkenheid	0,16*	0,22**	0,22**	0,22	0,52**	
Feitelijke vertrouwelijkheid	0,27**	0,25**	0,25**	0,22	0,28*	
Bezoek	0,33**	0,34**	0,34**	0,43**	0,51**	

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$

niet significant van elkaar verschillen met uitzondering van subschaal 1 bij de psychiatrische patiënten. Over het algemeen zijn de samenhangen met de subschaal wederzijds bezoek iets hoger dan met de beide andere subschalen.

Behalve van andere aspecten van de sociale omgeving, is het ook belangrijk sociale steun af te bakenen van andere psychologische concepten als *sociale angst/sociale vaardigheden* en *psychoneuroticisme*. Bij constructie van de ISB hadden we ons immers ten doel gesteld sociale steun te onderscheiden van met name sociale vaardigheden als het kunnen vragen om steun. Ook de onderscheiding van sociale steun en psychoneuroticisme is van belang in verband met het onderzoek naar directe of buffereffecten van sociale steun. Bij alle groepen werd de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1981) afgenomen als maat voor psychoneuroticisme. Door de psychiatrische patiënten werden bovendien de schalen voor Spanning en Frequentie van de IOA (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986; 1987) ingevuld. In tabel 7 worden de samenhangen van de ISB met deze maten weergegeven. Opvallend is dat potentiële emotionele betrokkenheid bij alle groepen (negatief) samenhangt met psychoneuroticisme, terwijl dit voor feitelijke vertrouwelijkheid voor geen van de groepen het geval is. Deze gegevens vormen een ondersteuning voor de validiteit van de ISB, in die zin dat wat er feitelijk aan sociale steun wordt ervaren onafhankelijk lijkt van de mate van spanning en klachten, terwijl het zien van de mogelijkheid tot sociale steun juist samengaat met spanning en klachten. Wat de samenhangen met de Spannings- en Frequentieschaal van de IOA betreft, blijkt dat alleen wederzijds bezoek significant negatief samenhangt met gerapporteerde spanning in sociale situaties. De

Tabel 7. Correlatie-coëfficiënten van de ISB met SCL-90 en IOA-schalen.

	normalen		RA-patiënten ¹		psychiatrische patiënten		
	SCL-90	SCL-90	SCL-90	SCL-90	IOA-Sp	IOA-Fr	
Potentiële emotionele betrokkenheid			-0,20**	-0,45**	-0,32**	-0,21	0,32**
Feitelijke vertrouwelijkheid	0,02	-0,07			-0,05	-0,15	0,41**
Bezoek	-0,18**	-0,24*			-0,29**	-0,26*	0,40**

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ¹ Bij de RA-patiënten werd de SCL-90 afgenomen bij een steekproef van 100 patiënten.

bevinding dat ervaren spanning in sociale situaties niet blijkt samen te hangen met potentiële en feitelijke steun, voldoet aan de eis die we stelden ten aanzien van samenhang met sociale angst en kan gezien worden als een ondersteuning voor de validiteit van de ISB. Alle subschalen van de ISB hangen significant samen met de rapportage van het uitvoeren van gedrag in sociale situaties. Dus het zien van de mogelijkheid tot en daadwerkelijk uitwisselen van sociale steun blijkt samen te gaan met wat mensen doen in sociale situaties. Een voor de hand liggende verklaring voor deze bevinding is mogelijk dat het hebben van sociale vaardigheden een voorwaarde is voor het uitwisselen van sociale steun.

Omdat uit de literatuur bekend is dat sociale steun samenhangt met *demografische variabelen*, onderzochten we ook de relaties hiervan met de subschalen van de ISB bij de normalen.⁶ De correlaties staan vermeld in tabel 8. Opvallend is dat alle schalen van de ISB significant samenhangen met geslacht, leeftijd en opleiding, met uitzondering van subschaal 3 die niet samenhangt met leeftijd. Voor het gebruik van de ISB betekent dit dat bij de interpretaties van de scores bij gezonde proefpersonen rekening moet worden gehouden met sekse, leeftijd en opleiding.

Tabel 8. Correlatie-coëfficiënten van de ISB met demografische variabelen bij de normalen.

	sekse	leeftijd	opleiding
Potentiële emotionele betrokkenheid	-0,15**	-0,20**	0,21**
Feitelijke vertrouwelikheden	-0,19**	-0,17**	0,27**
Wederzijds bezook	-0,19**	-0,04	0,11*

* p<0,01 ** p<0,001

Discriminerend vermogen

Aangezien uit de literatuur bekend is dat sociale steun verschillend samenhangt met gezondheid en ziekte (o.a. Cohen & Hoberman, 1983), betrokken we in ons onderzoek drie groepen die verschillen op gezondheid. Als de mate van sociale steun verschilt tussen deze drie groepen, kan dit gezien worden als een ondersteuning voor het discriminerend vermogen van de ISB. We toetsten de verschillen tussen de groepen op subschaalini-

⁶ Vanwege met name hun beperkte leeftijdsrange werden de beide patiëntengroepen uitgesloten van dit deel van het onderzoek.

veau met variantieanalyse. We voerden bij deze analyses leeftijd als covariant in, daar de groepen nogal wat van elkaar verschillen in leeftijdsopbouw en de ISB bij de groep normalen – die gestratificeerd was naar demografische variabelen – bleek samen te hangen met leeftijd. In tabel 9 worden de gemiddelden en standaarddeviaties gegeven per subschaal per groep alsmede de F-waarden van de ANOVA's.

Uit de tabel blijkt dat er een significant hoofdeffect 'groepen' wordt gevonden voor alle subschalen van de ISB als er gecorrigeerd wordt voor leeftijd. Verdere analyses laten zien dat de psychiatrische patiënten significant verschillen van de normalen in het zien van de mogelijkheid tot sociale steun ($F = 64,8$; $P < 0,001$) en het wederzijds op bezoek gaan ($F = 39,4$; $p < 0,001$), terwijl beide patiëntengroepen verschillen van de gezonde personen in feitelijke steun (RA-patiënten: $F = 162,8$, $p < 0,001$; psychiatrische patiënten: $F = 189,3$, $p < 0,001$). Opmerkelijk is dat 'ziekte', ongeacht de aard ervan, kennelijk minder daadwerkelijk ervaren steun met zich meebrengt dan gezondheid, hoewel men op grond van de veronderstellingen over de positieve effecten van sociale steun eerder het omgekeerde zou verwachten. Gezien de items in deze subschaal zou men kunnen veronderstellen dat anderen kennelijk minder steun vragen aan personen die zelf al iets mankeren. Naar voren komt ook dat psychische problemen samen gaan met het minder herkennen van steunmogelijkheden en minder op bezoek gaan. In hoeverre hier sprake is van de effecten van negatieve stigmatisering van psychiatrische patiënten of de invloed van een medierende factor als psychoneuroticisme, zal verder onderzocht moeten worden.

Samenvatting en discussie

Voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk werd de Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB) ontwikkeld. Deze korte zelfbeoordelingslijst blijkt behalve een enkel aspect van het sociaal netwerk, drie relatief onafhankelijke aspecten van sociale steun te meten, namelijk potentiële emotionele betrokkenheid, feitelijke vertrouwelikheden en wederzijds bezook. Deze structuur blijkt tamelijk stabiel te zijn over drie groepen niet-gezonde personen. De subschalen bezitten een behoorlijke mate van interne consistentie en zijn relatief onafhankelijk van elkaar. Er is enige samenhang met verwante maten als sociaal netwerk, terwijl de overlap met constructen als psychoneuroti-

cisme, sociale angst en sociale vaardigheden gering is. Door de subschalen van de ISB worden gezonde en niet-gezonde groepen van elkaar onderscheiden. Er zijn beperkte samenhangen van de subschalen met sekse en leeftijd bij de gezonde personen. Op grond van het psychometrisch onderzoek kan worden geconcludeerd dat de ISB een relatief valide en betrouwbaar instrument is om aspecten van sociale steun met te meten.

Met name in de recente literatuur wordt de wederzijdse uitwisseling van sociale steun benadrukt (o.a. Jung, 1990). Een beperking van de ISB is dat slechts een gering aantal items wederkerig is geformuleerd (zie Appendix). Uit de literatuur komt ook naar voren dat sociale steun verscheidend samenhangt met psychische en lichamelijke gezondheid (o.a. Cohen & Wills, 1985). In ons validiteitsonderzoek van de ISB wordt dit bevestigd. Het probleem doet zich hier echter voor dat er weinig lichamelijke ongemakken in de ISB zijn opgenomen (alleen pijn in item 6). Inmiddels werd de vragenlijst hierop aangepast: alle items zijn nu in wederkerige formulering opgenomen en bovendien werden twee items over lichamelijke ziekte zijn opgenomen. Deze nieuwe versie wordt onderzocht op zijn psychometrische aspecten. Te zijner tijd zal hierover verslag worden gedaan. Voor experimenteel gebruik in research kan de nieuwe ISB opgevraagd worden bij de eerste auteur. Als tegenprestatie wordt verzocht te zijner tijd te kunnen beschikken over de anonieme data van de groep(en) waarbij de lijst is afgenomen.

Wat levert de ISB op voor de gedragstherapeutische praktijk? Een belangrijk doel van het gebruik van de ISB is de inventarisatie van aspecten van sociale steun of, anders gezegd, van de interactie tussen individu en omgeving. De ISB meet een belangrijke omgevingscomponent en is als zodanig een aanvulling op de inventarisatie van individuele kenmerken (sociale vaardigheden, sociale angst, sociale perceptie, psychoneuroticisme e.d.). De subschalen van de ISB kunnen helpen zicht te krijgen op specifieke steunt tekorten en als uitgangspunt dienen voor verdere concretisering hiervan, bijvoorbeeld met behulp van een dagboek (voor een verdere uitwerking zie Van Dam-Baggen, 1989). Zo kan inventarisatie met behulp van de ISB bijdragen aan de beslissing op welke tekorten en excessen in sociale-steungedrag een behandeling zich dient te richten (zie ook Haller, 1979; Parry, 1988). Ook kan men de ISB, samen met andere meetinstrumenten, toepassen voor de meting van effecten van behandelingen. Een voorbeeld hiervan is de toepassing bij assertiviteitstraining, waarbij men met behulp van de ISB kan vaststellen of met de

Tabel 9. Gemiddelden en standaarddeviaties per subschaal en F-waarden

	normaalen		RA-patiënten		psychiatrische patiënten		F-waarden	
	gem	SD	gem	SD	gem	SD	leeftijd ¹	groep
Potentiele emotionele betrokkenheid	15,1	4,2	14,2	4,5	12,3	4,1	30,1**	31,8**
Feriele vertrouwenlijkheid	9,8	2,8	6,5	2,1	6,6	1,8	188,6**	177,1**
Bezoek	5,9	1,5	5,8	1,5	5,1	1,6	0,0	20,3**

** p<0,001

¹ De variabele leeftijd werd in de ANOVA's als covariant meegenomen.

beoogde afname van sociale angst en toename van sociale vaardigheden ook de uitwisseling van hulpbronnen in de sociale omgeving is veranderd. Voor de klinische praktijk kan het, in verband met de relaties van de ISB met sekse en leeftijd, van belang zijn te beschikken over gemiddelden en standaarddeviaties van mannen en vrouwen afzonderlijk of van afzonderlijke leeftijdscategorieën. De tabellen die hierop betrekking hebben, kunnen bij de eerste auteur worden opgevraagd.

Summary

The Inventory for Social Support (ISB): a self-report inventory for the measurement of social support

In this article the development and psychometric characteristics of a brief Dutch self-report inventory for social support, the ISB, have been described. The ISB appeared to consist of three relatively independent subscales referring to potential emotional support, actual emotional support and mutual visiting. It was revealed that this structure is invariant in three samples of respectively healthy, and physically and psychologically unhealthy persons. Psychometric analyses revealed the following characteristics: high internal consistency in normal subjects, satisfactory convergent and divergent validity, and relatively low correlations with demographic variables. Finally, the applicability of the ISB in the behavior therapeutic practice was discussed.

Key words: social support, self-report inventory, psychometric properties

Literatuur

- Alloway, R. & Bebbington, P. (1987). The buffer theory of social support - a review of the literature. *Psychological Medicine*, 17, 91-108.
- Arrindell, W.A. & Etnema, H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Check List (SCL-90): gegevens gebaseerd op een fobische en een 'normale' populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 77-108.
- Argyle, M. (1985). *De psychologie van het intermenselijk gedrag*. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samsom Uitgeverij.

- Berge, J.M.F. ten & Kiers, H.A.L. (1990). Simultane componenten-analyse voor twee of meer groepen personen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 45, 221-226.
- Buunk, B., Van Yperen, N., & Janssen, P. (1988). Een nieuwe blik op angst en affilatie: sociale ondersteuning en stress in organisaties. In: J. van Grumbkow, D. van Kreveland & R. van der Vlist (Eds.), *Toegepaste sociale psychologie*, volume 3. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. & Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. In: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.) *Social support and health*. Orlando, Florida: Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Dam-Baggen, R. van (1987). *Sociale angst en non-assertiviteit bij psychiatrische patiënten. Onderzoek in de klinische praktijk*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dam-Baggen, R. van (1988). Sociale steun of het belang van de omgeving in een ander perspectief. *Gedragstherapie*, 22, 37-51.
- Dam-Baggen, R. van, Huiskes, C.J.A.E. & Kraaimaat, F.W. (1986). *Inventarisatie lijst Sociale Betrokkenheid (ISB)*. Utrecht: AZU/RUU.
- Dam-Baggen, R. van, Huiskes, C.J.A.E. & Kraaimaat, F.W. (1990). Sociale steun bij gezondheid en ziekte. In: B.P.R. Gersons et al. (Eds.), *Omgeving, individu en psychiatrische stoornis*. Vakgroep Psychiatrie, RUU.
- Dam-Baggen, R. van & Kraaimaat, F. (1986a). Sociale angst bij hoog en laag sociaal angstige patiënten. *Gedragstherapie*, 19, 83-95.
- Dam-Baggen, R. van & Kraaimaat, F. (1986b). De betrouwbaarheid en validiteit van de Inventarisatie lijst Omgaan met Anderen. *Gedragstherapie*, 19, 229-248.
- Dam-Baggen, R. van & Kraaimaat, F. (1987a). Aspects of social anxiety and situational specificity in psychiatric patients. In: J.P. Dauwalder, M. Perez & V. Hobi (Eds.), *Controversial issues in behavior modification*. Annual series of european research in behavior therapy. Volume 2. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dam-Baggen, R. van & Kraaimaat, F.W. (1987b). *Handleiding bij de Inventarisatie lijst Omgaan met Anderen, IOA. Een zelfbeoordelingslijst voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Defares, P.B. & De Soomer, K.L.P. (1988). Social support en riskant ge-

- zondheidsdrag. In: J. von Grumbkow et al. (Eds.), *Toegepaste sociale psychologie*, volume 3. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Garszen, B., Schreurs, P.J.G., Oei, T.L., & Zwart, F.M. (1985). Sociale stress en depressieve klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 552-564.
- Garszen, B., Zwart, F.M., Oei, T.L., Schreurs, P.J.G., Tellegen, B., & Van de Willige, G. (1990). *Vragenlijst Sociale Contacten*. RUU/AZU.
- Gorissen, W.H.M., Ticheler, P.C.M., Van Kessel, R.P.M., & Souverein, C.R. (1988). *Gezondheidspeiling Utrecht. Resultaten van de gezondheidspeiling 1986-1987*. Utrecht: GG&GD.
- Hall, A., & Wellman, B. (1985). Social networks and social support. In: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando, Florida: Academic Press.
- Heller, K. (1979). The effects of social support: Prevention and treatment implications. In: A.P. Goldstein & F.H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains: transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Hobfoll, S.E. & Stokes, J.P. (1988). The process and mechanics of social support. In: S.W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships*. New York: Wiley and Sons.
- House, J.S. (1981). *Workstress and social support*. London: Addison Wesley.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando, Florida: Academic Press.
- Huiskes, C.J.A.E., Kraaimaat, F.W., & Bijl, R.V. (1991). *Handleiding bij de zelfbeoordelingslijst Invloed van Reuma op Gezondheid en Leefwijze: de IRGL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jung, J. (1990). The role of reciprocity in social support. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 243-253.
- Kiers, H.A.L. (1990). *SCA: a program for simultaneous components analysis*. University of Groningen: IEC PROGRAMMA.
- Kiers, H.A.L. & Berge, J.M.F. (1989). Alternating least squares algorithms for simultaneous components analysis with equal component weight matrices in two or more populations. *Psychometrika*, 54, 467-473.
- Millsap, R.E. & Meredith, W. (1988). Component analysis in cross-sectional and longitudinal data. *Psychometrika*, 53, 123-134.
- Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K., & Bent, D.H. (1975). *SPSS. Statistical packages for the social sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Parry, G. (1988). Cognitive behaviour therapy in the social context. In: P.M.G. Emmekamp et al. (Eds.), *Annual series of european research on behavior therapy*, 3rd Volume. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Schradle, S.B. & Dougher, M.J. (1985). Social support as a mediator of stress: theoretical and empirical issues. *Clinical Psychology Review*, 5, 641-661.

- Schramseijer, F. (1990). *Sociale steun. Analyse van een paradigma*. Utrecht: NcGv.
- Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journals of Social Issues*, 40, 4, 11-36.
- Shumaker, S.A. & Hill, D.R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.
- Turner, R.J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. In: H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress: trends in theory and research*. Academic Press.
- Winnubst, J.A.M., Marcelissen, F.G.H., & Kiebler, R.J. (1982). Effects of social support in the stressor-strain relationship: a Dutch sample. *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.

Appendix

Items van de ISB

Deel A

1. Ga na met hoeveel mensen in uw buurt u zo goed bevriend bent, dat u elkaar thuis bezoekt. U doet dit als volgt:
 - Maak hieronder een lijstje van voornamen of voorletter(s) van deze personen.
 - Tel ze vervolgens op en geef hieronder met een cijfer aan hoeveel personen dit zijn.
 - Ik heb ... personen in mijn buurt die ik bezoek en die mij bezoeken.
2. Ga na hoeveel mensen u als goede vrienden beschouwt, dat wil zeggen mensen bij wie u zich op uw gemak voelt en met wie u kunt praten over wat er in u omgaat (u mag gezins- en familieleden meelelen). U doet dit weer als volgt:
 - Maak hieronder een lijstje van voornamen of voorletter(s) van deze mensen.
 - Tel ze vervolgens op en geef hieronder met een cijfer aan hoeveel mensen dit zijn.
 - Ik heb ... goede vrienden.

Deel B

1. Ik praat vertrouwelijk met anderen.
2. Anderen komen bij mij voor steun en advies.
3. Vrienden en familie bezoeken mij.
4. Als ik me gespannen voel of onder druk sta, dan is er iemand die mij helpt.
5. Als ik iets leuks meemaak, dan is er iemand met wie ik dat kan delen.
6. Als ik pijn heb, dan is er iemand die me steunt.
7. Ik bespreek mijn persoonlijke problemen met anderen.
8. Ik bezoek familie of vrienden.
9. Anderen komen bij mij met hun persoonlijke problemen.
10. Als ik verdrietig ben, dan is er iemand met wie ik dat kan delen.
11. Als ik hulp nodig heb bij karweitjes die ik niet alleen kan uitvoeren, dan is er iemand die me daarbij helpt.